

FRAGEBOGEN ZUR PRIVATEN KRANKENZUSATZVERSICHERUNG

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen zur Gesprächsvorbereitung per Fax (09120/6745),
eMail (info@rauch-versicherungen.de) oder Post zurück.

Allgemeine Angaben

Name / Vorname / Geb.-Datum
Strasse / Hausnummer
PLZ / Ort
Telefon / Fax / eMail

Angaben zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Name der GKV	Versichert seit	☐ ja ☐ nein
		Pflichtversicherung

Persönliche Angaben zum Gesundheitszustand

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Bestehen zur Zeit Krankheiten oder Beschwerden? | ☐ ja | ☐ nein |
| 2 | Besteht eine Fehlsichtigkeit? | ☐ ja | ☐ nein |
| 2a | Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? | ☐ ja | ☐ nein |
| 3 | Haben in den letzten 5 Jahren ambulante oder stationäre Behandlungen stattgefunden oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? | ☐ ja | ☐ nein |
| 4 | Erfolgt derzeit eine zahnärztliche Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? | ☐ ja | ☐ nein |
| 4a | Fehlen Zähne (außer Weißheitszähnen), die nicht ersetzt sind? | ☐ ja | ☐ nein |
| 4b | Ist es möglich, einen aktuellen Zahnstatus vorzulegen? | ☐ ja | ☐ nein |
| 4c | Nehmen Sie an Vorsorgeprogrammen (Prophylaxe) teil und gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? | ☐ ja | ☐ nein |
| 5 | Haben Sie einen Hausarzt? | ☐ ja | ☐ nein |
| 5a | Nehmen Sie am „Hausarztmodell“ teil? | ☐ ja | ☐ nein |
| 6 | Haben oder hatten Sie bereits eine private Zusatzversicherung? | ☐ ja | ☐ nein |
| 7 | Sind Sie privat oder beruflich besonderen Risiken (z.B. Strahlen) ausgesetzt oder haben Sie besondere Hobbys? | ☐ ja | ☐ nein |

Falls Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie auf der folgenden Seite weitere, detaillierte Angaben (Zeitpunkt, behandelnder Arzt mit Adresse etc.). Bitte geben Sie auch die Nummer der Frage an.

Fragen zum gewünschten Versicherungsschutz

Ich wünsche einen zusätzlichen privaten Versicherungsschutz für ...

- | | | | | |
|-----|---|---|------------------------------------|-------------------------------|
| 10 | Stationäre und ambulante Behandlung | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 10a | Privatärztliche oder Chefarzt-Behandlung | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 10b | Einbett-/Zweibett-Zimmer | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 10c | Heilpraktiker | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 11 | Hilfsmittel | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 11a | Sehhilfen | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 12 | Auslandsreisen | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 13 | Zahnzusatzversicherung | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 13a | Zahnersatz und Inlays | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 13b | Funktionstechnische Analytik | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 13c | Prophylaxe, wie prof. Zahnreinigung | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 14 | Sind Sie bereit einen Selbstbehalt zu zahlen? | ☐ ja ☐ nein | | |
| 14a | In welcher Höhe ? | EUR _____ | | |
| 15 | Beitragsentlastung in Alter | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 16 | Pflegezusatzversicherung | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 17 | Krankentagegeld | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |
| 18 | Krankenhaustagegeld | ☐ ja, aber nicht zwingend | ☐ unbedingt | ☐ nein |

Hier ist Platz für Ihre ergänzenden Angaben zu den Fragen 1-18 oder aber auch für weitere Anmerkungen und Hinweise.

Ich habe alle Angaben besten Wissens und Gewissens gemacht.

Datum/Unterschrift

